Deutscher Bundestag **Drucksache 18/7784**
18. Wahlperiode 01.03.2016

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Harald Weinberg, Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, Cornelia Möhring, Birgit Wöllert, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Weitere mögliche Diskriminierung von Versicherten durch den Krankenkassen-Wettbewerb im Nachgang zur Antwort der Bundesregierung auf Bundestagsdrucksache 17/11910

Die im Dezember 2012 auf Bundestagsdrucksache 17/11910 beantwortete Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. beleuchtete auch das Verhalten der damaligen KKH-Allianz (Kaufmännische Krankenkasse – KKH). Diese Krankenkasse sollte nach einem Bericht des Fernsehmagazins „Frontal21“ Versicherte, die ihre Zusatzbeiträge schuldig geblieben waren, unter Druck gesetzt und den Austritt bzw. Wechsel zu anderen Krankenkassen nahegelegt haben. Chronisch Kranke, Ältere und Menschen mit geringem Einkommen zählten dem Bericht zufolge nicht zu den erwünschten Mitgliedern. Die Fragesteller hatten derartige Verhaltensweisen auf den Wettbewerb unter den Kassen zurückgeführt.

Die Bundesregierung antwortete, dass nach ihrer Auffassung der Wettbewerb nicht auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen würde. Die aufgeführten Diskriminierungsversuche seien Einzelfälle, auf die nach Bekanntwerden sofort seitens des Bundesversicherungsamtes (BVA) als zuständiger Aufsichtsbehörde reagiert worden sei. Aus den genannten Beispielen sei keineswegs auf eine flächendeckende systematische Diskriminierung von alten und kranken Versicherten durch die Krankenkassen zu schließen.

Die „Ärzte-Zeitung“ hat in einem Artikel vom 12. Februar 2016 (vgl. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/904749/preiskampf-kassen-bleibt-solidarprinzip-strecke.html?sh=1&h=1052734084) aufgrund von teils internen Unterlagen, die auch den Fragestellern vorliegen, das Thema erneut aufgegriffen. Aus diesen Unterlagen geht hervor, dass die KKH-Allianz im Jahr 2012 die strategische Einschätzung hatte, dass mit der „Scharfschaltung der Zusatzbeiträge [wird] der Versorgungswettbewerb zum Preiswettbewerb“ werde. „Die Parameter Leistungen und Service träten aus Kundensicht in den Hintergrund“, zitiert die „Ärzte-Zeitung“ aus dem Strategiepapier der KKH-Allianz. Weiter lautet es in dem Papier: „Nötig seien dagegen ‚Neuakquisitionen‘, die ‚durch Wertsteigerung der Versichertensubstanz ein qualitatives Wachstum sichern‘“ und so ihren Beitrag zur Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens unter den Bedingungen des Morbi-RSA (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich) leisten. „Jede Entscheidung, heißt es in dem an Führungskräfte gerichteten Papier, müsse darauf abgeklopft werden, ‚ob sie einen Beitrag zur Wertschöpfung leistet‘.“

Folgerichtig fordert die Krankenkasse in ihrer neuen Strategie, dass das „Leistungs- und Investitionsportfolio […] am Primat der Ökonomie auszurichten“ ist. Die „Ziele, einerseits die medizinische Versorgung für unsere Versicherten zu optimieren und andererseits dabei rechenbare, wirtschaftliche Vorteile für die KKH zu erreichen“, seien „gleichrangig“. Es gelte das Ziel, die „medizinische Versorgung unter Wirtschaftlichkeitsaspekten zu optimieren“.

Nach der Antwort der Bundesregierung auf die o. g. Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. hat die KKH-Allianz handeln müssen, weil gewisse Praktiken darin als rechtswidrig bezeichnet wurden. Dazu zählen etwa die Zielgruppenvereinbarungen der Krankenkassen mit dem eigenen Vertrieb oder beauftragten Dritten, wonach keine oder niedrigere Prämien für Mitglieder mit einem niedrigen Einkommen oder hohen Leistungsausgaben gezahlt werden. Nach Auffassung der Fragesteller ist es offensichtlich, dass die infolge des zunehmenden Wettbewerbs über Zusatzbeiträge geschaffene strategische Ausrichtung der KKH-Allianz zu diesem Verhalten der Kasse geführt hatte. Die Fragesteller haben die Information erhalten, dass ein Hauptabteilungsleiter seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Vertrieb sowie in den Regional- und Gebietsleitungen aufforderte, die Vorgaben der Bundesregierung in Konsequenz der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. zu beachten, obwohl diese inhaltlich dem hauseigenen Verständnis eines funktionierenden Wettbewerbs nur sehr bedingt entsprächen.

Die mittlerweile in KKH umbenannte Kasse führte auf Nachfrage der „Ärzte-Zeitung“ aus, dass sie ihre Vertriebsaktivitäten einer gründlichen internen Revision unterzogen habe und personelle wie organisatorische Konsequenzen gezogen habe. Die Aufarbeitung der Vorfälle sei auch vom BVA begleitet worden, so die KKH. Ob dem Solidarprinzip entgegenlaufende Vorfälle jedoch tatsächlich der Vergangenheit angehören, muss abgewartet werden, zumal auch Ende 2014 der Vorsitzende der KKH auf einem Vortrag bei der Mitgliederversammlung der KKH-Versichertengemeinschaft e. V. immer noch auf die die Wettbewerbsfähigkeit stärkenden Elemente aus der strategischen Neuaufstellung 2012 verwies im Hinblick auf die „sich verändernden GKV-Rahmenbedingungen“. Auch aktuell gegenüber der „Ärzte-Zeitung“ sagt die KKH, dass die GKV (gesetzliche Krankenversicherung) durch die Zusatzbeiträge einen verschärften Preiswettbewerb erlebe, der leider zulasten eines Wettbewerbs um die bestmögliche Versorgung ginge. Weiter räumt die KKH ein, dass es bei Wechselentscheidungen von Mitgliedern „im Wesentlichen der Preis die entscheidende Rolle spielt. Nur in Ausnahmefällen können spezifische Leistungsangebote überzeugen“. Die Preisanreize, die über die individuellen Zusatzbeiträge gesetzt werden, seien einfach zu stark, so die KKH-Sprecherin. Die Ergebnisse dieser finanziellen Verwerfungen könnten auch „über ein gutes Management nicht ausgeglichen werden“.

Die Fragesteller haben aus dem Vertrieb der KKH-Allianz vom Februar 2013 die Information erhalten, dass – wohl infolge des Eingreifens der BVA – nicht mehr Personen mit niedrigem Einkommen von Prämienzahlungen für die werbenden Vertriebsmitarbeiter ausgenommen werden, aber immer noch gewisse Personengruppen als „Wertbare Neuaufnahmen“ definiert werden. Dazu zählen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Selbständige, Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger sowie Studierende. Zielgruppenvereinbarungen finden also immer noch statt, zwar nicht mehr nach Einkommen, aber immer noch nach Kriterien, die mit dem Einkommen korrelieren.

Es darf bezweifelt werden, dass die KKH eine besonders unsolidarische Kasse ist; das liegt den Fragestellern auch fern. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber, dass das Handeln der KKH durchaus im normalen Rahmen des Marktgeschehens liegen könnte und deshalb die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die den Wettbewerb unter den Kassen stärken, überprüft werden sollten. Die KKH-Sprecherin

schätzt die Rahmenbedingungen in dem Artikel der „Ärzte-Zeitung“ recht eindeutig ein: Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen ließe sich ein „Qualitätswettbewerb nur schwerlich umsetzen“.

Auch über eine andere Krankenkasse, die HEK – Hanseatische Krankenkasse, berichtet die „Ärzte-Zeitung“ aufgrund von Unterlagen, die ebenfalls den Fragestellern vorliegen. In diesem Fall handelt es sich um Ausdrucke aus Online-Außendienstportalen des Vertriebspartners Generali Versicherung AG von August 2015. Darin beschreibt Generali den Vertriebsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern seinen Kunden, die HEK folgendermaßen: „Das umfangreiche Leistungsangebot und die günstigen Beitragskonditionen ermöglicht die HEK durch die Absicherung von überwiegend gesundheitsbewussten und erfolgsorientierten Menschen. Wenden Sie sich daher an folgende Klientel:

– Personen mit überdurchschnittlichem Jahreseinkommen,
– Akademiker, kaufmännische Angestellte,
– Auszubildende und Studenten,
– Selbständige,
– Familien.“

Offenbar hat diese Selektion auch Auswirkungen auf das eigene Einkommen der Vermittler: „Sprechen Sie insbesondere gesundheitsbewusste und erfolgsorientierte Personen an, um Ihre Möglichkeiten auf attraktive Zusatzgeschäfte voll auszuschöpfen.“

Ein weiteres zusätzliches Kundenpotential erhofft sich die HEK augenscheinlich von den Mitarbeitern ihres Auftragnehmers Generali. Dieser schrieb seinen Vertriebsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern im Mai 2015: „Eine Kooperation bedeutet Vertrauen und gegenseitige Unterstützung bei der Erreichung der wechselseitigen Ziele. In diesem Sinne hat das Unternehmen die Erwartung, dass auch Sie persönlich der HEK das Vertrauen schenken und sich bei unserem neuen Partner versichern.“ Hier versuchen also die HEK und Generali das freie Kassenwahlrecht der Generali-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter zur Erreichung eigener ökonomischer Ziele infrage zu stellen.

Auch Bonusprogramme werden gezielt zur Förderung von Neuakquisitionen von Mitgliedern genutzt, die Bestandsmitglieder aus Satzungsgründen nicht in Anspruch nehmen können. So findet sich in der Satzung der HEK ein Bonusprogramm, der „Gesund-Leben-Bonus“, der nur in Anspruch genommen werden kann, wenn eine „ungekündigte Mitgliedschaft“ sowie eine „lückenlose jährliche Inanspruchnahme“ vorliegen. Beide Voraussetzungen gleichzeitig zu erfüllen, ist nur Neumitgliedern möglich. Wer bereits Mitglied ist und die Leistung in der Vergangenheit nicht in Anspruch genommen hat, bleibt hierdurch ausgeschlossen. Konsequenterweise bewirbt die HEK dieses Bonusprogramm auch nicht für Bestandskunden auf ihrer Homepage (vgl. www.hek.de/leistungen-beitraege/business-leistungen/bonusprogramm.html). Kooperierende Versicherungsvertreter und -makler verfügen aber über ein Akquisitionsblatt, welches die Vorzüge dieses Bonusprogramms bewerben hilft (vgl. www.hjm-makler.de/wp-content/uploads/2015/02/Merkblatt-HEK-Bonusprogramm-2015_01.pdf). Es handelt sich hierbei also ganz offensichtlich um ein reines Wettbewerbsinstrument zur Abwerbung nichtrauchender, normalgewichtiger, geimpfter und auch ansonsten gesunder und gesundheitsbewusster Mitglieder von anderen Kassen und nicht um eine Satzungsleistung, die grundsätzlich allen Mitgliedern offensteht.

Offenbar sind es keine Einzelfälle, sondern strategische Entscheidungen von Krankenkassen, sich auf eine gewisse Klientel zu fokussieren und Versicherte, die nicht in dieses Schema passen, zumindest nicht zu umwerben – etwa mit Bonusprogrammen. Dies steht dem Gedanken entgegen, dass vor den Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts alle Versicherten gleich sein sollten.

Außerdem scheint es die Wettbewerbsposition von Krankenkassen zu verbessern, wenn sie Leistungen restriktiv handhaben mit negativen Konsequenzen für die gesundheitliche Versorgung. Die rechtlichen Möglichkeiten werden hierbei bis zur Grenze des Legalen genutzt, teilweise sogar darüber hinaus.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Ist es richtig, dass als eine Konsequenz des Eingreifens des BVA bei der KKH die Zielgruppenvereinbarung abgeschafft wurde, wonach Vertriebsprovisionen von einem Mindesteinkommen des zukünftigen KKH-Mitglieds in Höhe von 1 000 Euro pro Monat abhängig gemacht wurden?
2. Ist es richtig, dass auch nach dem Eingreifen des BVA und wahrscheinlich bis heute andere Zielgruppenvereinbarungen im Vertrieb der KKH existieren, und sind diese in der Vorbemerkung bereits umfassend beschrieben?
3. Ist die Information richtig, dass im Vertrieb der KKH weiterhin für Rentnerinnen und Rentner, Arbeitslose und Hartz-IV-Betroffene als Neumitglieder der KKH gemäß den Zielgruppenvereinbarungen keine Prämien an die Vertriebsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter gezahlt werden, somit also Ausschlüsse und Prämienhöhen nicht mehr von der Einkommenshöhe, wohl aber von damit in Zusammenhang stehenden Statusmerkmalen abhängig sind?
4. Sind solche Zielgruppenvereinbarungen aus Sicht der Bundesregierung generell zulässig?
5. Wie viele Krankenkassen bewerben nach Kenntnis der Bundesregierung ausdrücklich Rentnerinnen und Rentner in ihren Mitgliederkampagnen?
6. Wie viele Krankenkassen bewerben nach Kenntnis der Bundesregierung ausdrücklich Hartz-IV-Betroffene, Geringverdienende oder Arbeitslose in ihren Mitgliederkampagnen, bewerben also beispielsweise ausdrücklich spezielle Leistungen für diese Zielgruppe oder zahlen im Vertrieb erhöhte Prämien für diese Zielgruppe?
7. Gibt es nach Auffassung der Bundesregierung für eine Krankenkasse gute Gründe bzw. Anreize für die Kassen, die genannten Gruppen zu meiden und stattdessen lieber auf die gesündere Gruppe der Gutverdienenden zuzugehen (bitte begründen)?
8. Wäre es nach Auffassung der Bundesregierung versorgungspolitisch sinnvoll, Leistungen zur Gesundheitsförderung und -prävention speziell für diese Personengruppen anzubieten (bitte begründen)?
9. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der KKH-Allianz, einer im Wettbewerb befindlichen Krankenkasse, dass Zusatzbeiträge den Versorgungswettbewerb zum Preiswettbewerb wandeln (bitte begründen)?
10. Urteilt die Bundesregierung, wie auch die KKH-Allianz in ihrem Strategiepapier, dass eine totale Leistungs- und Servicefixierung mit dem Markt (Preis) unvereinbar sei (bitte begründen)?
11. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung im Krankenkassenwettbewerb die Unterordnung der Ausgabenbereiche einer Krankenkasse unter das Primat der Ökonomie aus Sicht dieser Krankenkasse sinnvoll, und ist dies gesetzgeberisch gewollt (bitte begründen)?
12. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der KKH-Allianz, dass die Optimierung der medizinischen Versorgung einerseits und die Erreichung rechenbarer, wirtschaftlicher Vorteile für die KKH andererseits gleichrangige Ziele seien (bitte begründen)?

13. Ist es Ziel der Gesundheitspolitik der Bundesregierung, dass Krankenkassen Strategien entwickeln, die „medizinische Versorgung unter Wirtschaftlichkeitsaspekten zu optimieren“, oder würde die Bundesregierung eher zustimmen, die medizinische Versorgung als solche zu optimieren?

14. Stimmt die Bundesregierung der Einschätzung der Fragestellenden zu, dass hier aufgrund des immer stärkeren Wettbewerbsgedankens in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Wandel in der Kultur der Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter stattgefunden hat, der dazu führt, dass einige Versicherte als „werthaltiger“ als andere angesehen werden?

    Wäre es nach Einschätzung der Bundesregierung in einer Wettbewerbssituation befremdlich, wenn Krankenkassenleitungen einen solchen Kulturwandel von ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verlangten?

15. Weshalb sind Zielvereinbarungen mit Vertriebsunternehmen sowie andere Gestaltungsmittel der Krankenkassen bezüglich ihrer „Versichertensubstanz“ nicht verboten?

16. Teilt die Bundesregierung die Aussage aus dem internen Strategiepapier der KKH, dass der wirtschaftliche Erfolg einer Krankenkasse wesentlich von der Struktur des Versichertenbestandes abhängt?

17. Wie bewertet die Bundesregierung grundsätzlich den Sachverhalt, dass eine im Wettbewerb stehende Krankenkasse ihren Versichertenbestand zu optimieren versucht?

18. Hat ein solches Verhalten einer Krankenkasse einen gesellschaftlichen oder sonstigen Nutzen?

19. Soll der politisch seitens der Bundesregierung gewollte Wettbewerb unter den Krankenkassen u. a. über ein Leistungskostenmanagement ausgefochten werden, eine Krankenkasse also dann erfolgreich sein und als gut wirtschaftend gelten, wenn dies „an einer positiven Entwicklung der Leistungsausgaben im Vergleich zu den Mitbewerbern ablesbar“ ist?

20. Ist es nach Auffassung der Bundesregierung richtig, dass eine möglichst restriktive Leistungsgewährung ein Weg zu wirtschaftlichem Erfolg einer Krankenkasse sein kann?

21. Trägt nach Ansicht der Bundesregierung der Wettbewerb unter den Kassen dazu bei, dass eine Krankenkasse als Strategie ausgibt, „bei jeder Entscheidung“ berücksichtigen zu müssen, „ob sie einen Beitrag zur Wertschöpfung leistet“, und wenn ja, ist dies eine erwünschte Folge des Wettbewerbs?

    Stimmt die Bundesregierung dieser Einschätzung zu, dass eine Krankenkasse, die sich so verhält, Wettbewerbsvorteile hat?

22. Sind die modifizierten Zielgruppenvereinbarungen der KKH, die nicht mehr auf das Einkommen abzielen, sondern auf die (Nicht-)Zugehörigkeit von sozialen Gruppen, nach Ansicht der Bundesregierung rechtlich zulässig?

23. Ist es aus Sicht der Bundesregierung weniger diskriminierend, statt aufgrund geringen Einkommens wegen des Status als Rentner oder wegen Arbeitslosigkeit diskriminiert zu werden?

24. Ist nach Ansicht der Bundesregierung eine Zielgruppenvereinbarung, die Rentnerinnen und Rentner ausschließt, Altersdiskriminierung?

25. Welche Art von Zielgruppenvereinbarungen ist aus Sicht der Bundesregierung nicht diskriminierend und zulässig?

26. Ist es Ziel der Bundesregierung, dass Krankenkassen über „Neuakquisitionen“ eine „Wertsteigerung der Versichertensubstanz“ erreichen wollen, sowie auf diese Weise „qualitatives Wachstum sichern und so ihren Beitrag zur Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens“ leisten wollen?
27. Ist es Ziel der Politik der Bundesregierung, dass in einer Körperschaft öffentlichen Rechts von einer „Wertsteigerung der Versichertensubstanz“ die Rede ist?
28. Trifft es nach Einschätzung der Bundesregierung zu, dass eine Körperschaft öffentlichen Rechts grundsätzlich alle Menschen als gleichwertig ansehen müsste?
29. Welche Krankenkassen haben nach Kenntnis der Bundesregierung vergleichbare Zielgruppenvereinbarungen wie die von der KKH und HEK beschriebenen (ggf. nur bundesunmittelbare Krankenkassen nennen)?
30. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung Sinn einer Krankenversicherung, auf die „Absicherung von überwiegend gesundheitsbewussten und erfolgsorientierten Menschen“ zu setzen?
31. Widerspricht die Anweisung an die Generali-Mitarbeiter, sich bei der Anwerbung von neu Versicherten auf „Personen mit überdurchschnittlichem Jahreseinkommen“ zu wenden, dem Verbot von Einkommensdiskriminierung, das die Bundesregierung im Fall der KKH-Allianz in der Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 17/11910 festgestellt hatte?
32. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung zulässig, dass ein Arbeitgeber seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nahelegt, sich bei einer bestimmten Krankenkasse zu versichern, weil der Arbeitgeber selbst Auftragnehmer dieser Krankenkasse ist?

    Ist es zulässig, wenn eine Krankenkasse dies von ihrem Auftragnehmer erwartet?

    Widerspricht ein solches Vorgehen dem Recht auf freie Kassenwahl der Versicherten?
33. Was hat die Prüfung der Satzung der HEK durch das BVA bezüglich des Bonusprogramms „Gesund-Leben-Bonus“ ergeben?
34. Sind Klauseln zulässig, wie bei dem „Gesund-Leben-Bonus“ der HEK, die Versicherten, die bereits einmal bei der HEK gekündigt hatten und nun wieder Neumitglied werden, den Weg in dieses Bonusprogramm versperren?
35. Sind Klauseln zulässig, wie bei dem „Gesund-Leben-Bonus“ der HEK, die eine „lückenlose jährliche Inanspruchnahme“ als Voraussetzung für die Einschreibung in diesen Bonus-Tarif verlangen, es also nicht möglich ist, sich in diesen Tarif zu einem späteren Zeitpunkt, etwa nach einem ausgesetztem Jahr, jemals wieder einzuschreiben?
36. Ist die Klausel „lückenlose jährliche Inanspruchnahme“ in Kombination mit der Klausel „ungekündigte Mitgliedschaft“ so zu verstehen, dass lediglich Neumitglieder in den Genuss dieses Bonusprogramms kommen können und Bestandsmitglieder ausgeschlossen sind?
37. Stimmt die Bundesregierung der Einschätzung zu, dass dieses Programm alleinig Wettbewerbszwecke in der Akquise von Mitgliedern erfüllt?
38. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass dieses Programm rechtswidrig ist?

    Hat das BVA diese Satzungsregelung geprüft, und was sind das Ergebnis und die Konsequenz dieser Prüfung?

39. Sind für den Fall der nachträglich festgestellten Rechtswidrigkeit bereits getätigte Bonuszahlungen an die Krankenkasse zurückzuerstatten oder bereits bewilligte Bonuszahlungen einzubehalten?

    Können Neumitglieder ihre Mitgliedschaft außerordentlich kündigen, wenn sie aufgrund des nichtzulässigen Bonusprogramms Mitglied wurden, davon aber nun nicht profitieren können?

    Gibt es Anforderungen an die Krankenkasse, wie eine solche nachträgliche Feststellung einer Rechtswidrigkeit an die Mitglieder zu kommunizieren ist?

40. Wie steht die Bundesregierung zu der Aussage der KKH-Allianz in dem Artikel der „Ärzte-Zeitung“, wonach die GKV durch die Zusatzbeiträge einen verschärften Preiswettbewerb erlebe, der leider zulasten eines Wettbewerbs um die bestmögliche Versorgung ginge?

41. Wie steht die Bundesregierung zu der Aussage der KKH-Sprecherin, wonach bei Wechselentscheidungen von Mitgliedern „im Wesentlichen der Preis die entscheidende Rolle“ spiele, die „Preisanreize, die über die individuellen Zusatzbeiträge gesetzt werden, […] einfach zu stark“ seien und nur in Ausnahmefällen spezifische Leistungsangebote überzeugen könnten?

42. Wie steht die Bundesregierung zu der Aussage der KKH-Sprecherin, die Ergebnisse dieser finanziellen Verwerfungen könnten „über ein gutes Management nicht ausgeglichen werden“?

43. Wie steht die Bundesregierung zu der Aussage der KKH-Sprecherin, wonach „[D]ie Effekte einer verbesserten Prävention oder Versorgung […] erst zu einem späten Zeitpunkt wirksam“ würden, „zu dem aber viele Mitglieder längst zu einer Kasse mit einem geringeren Zusatzbeitrag gewechselt“ seien, und ist es aus Sicht der Bundesregierung möglich, dass der Kassenwettbewerb negative Anreize für bessere Präventionsangebote der Kassen setzt?

Berlin, den 1. März 2016

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333